



Universidad Autónoma de Madrid

Facultad de Medicina

Grado en Enfermería

*Determinar el conocimiento de la
población sobre la dieta
mediterránea y su relación con la
salud*

Proyecto de investigación

Trabajo Fin de Grado

Carmen Varea Calderón

Tutora: Carmen Martín Salinas
Mayo, 2016



ÍNDICE

RESUMEN	4
PALABRAS CLAVE	4
ABSTRAC	5
KEY WORS	5
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	19
OBJETIVOS	23
METODOLOGÍA	24
ASPECTOS ÉTICOS	30
CONSIDERACIONES FINALES	31
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXOS	41
Anexo 1. Cuestionario Kidmed	43
Anexo 2. Entrevista semiestructurada.	44
ANEXO 3. Pirámide de la Alimentación Saludable para la población española. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), 2015.	45

RESUMEN

Una alimentación saludable es la que proporciona una combinación correcta de energía y nutrientes, y contiene alimentos representativos de todos los grupos en la proporción correcta, incluyendo dulces, grasas y alimentos salados sólo en cantidades moderadas. Además, sigue unos principios que aseguran con su cumplimiento, que se obtienen los nutrientes necesarios para cubrir todas las necesidades nutricionales, alcanzar una buena salud a largo plazo así como una calidad de vida satisfactoria. Sin embargo, estudios recientes muestran el cambio desfavorable del patrón alimentario de los españoles en los últimos años.

Ante esta situación y con el propósito de llevar a cabo un programa de Educación para la Salud encaminado a mejorar los hábitos alimentarios de la población, se ha diseñado este proyecto de investigación con el objetivo de determinar el grado de conocimiento que tienen los ciudadanos de la dieta mediterránea así como, de su relación con la salud.

Se trata de un estudio descriptivo transversal en el que se va a utilizar un método de triangulación para detectar las deficiencias y dificultades que impiden el seguimiento de una alimentación sana, y actuar en consonancia a partir del consejo integral en estilo de vida saludable en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta, dentro de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud.

PALABRAS CLAVE: Alimentación saludable, Dieta mediterránea, Enfermería, Educación para la salud.

ABSTRAC

A healthy diet is that which provides the correct combination of energy and nutrients and includes all groups of foods in their correct proportion. Sugar, fats and salty food must be consumed in moderation. This diet should provide the necessary nutritious values in order to maintain a long term healthy life. However, recent studies have shown that there has been an adverse change in alimentary patterns in Spain.

In response to this situation, and with a view to implement a health programme to improve the eating habits of the population an investigation project has been created to determine people's knowledge of the Mediterranean Diet in relation to their health.

This will be a transversal descriptive study using the Triangulation Method in order to detect the deficiencies and difficulties preventing people from following a healthy diet and provide the correct advise for a healthy lifestyle al Primary Attention level and linked to communitary resources in the adult population within the strategy to promote health in the National Health System.

KEY WORS: Healthy diet, Mediterranean Diet, Nursing, Health programme.

INTRODUCCIÓN

Definir que es una alimentación saludable es realmente complejo. En la Literatura se encuentran diferentes términos como “dieta sana”, “dieta adecuada”, “alimentación equilibrada”, etc, que hacen referencia al mismo concepto. Dapcich (1) concluye que es “aquella alimentación que asegura una nutrición sana, satisfactoria y exenta de riesgo para la salud”, además de prevenir la aparición de enfermedades no transmisibles (ENTs) como las cardiovasculares, la obesidad, la diabetes tipo 2 y determinados tipos de cáncer (2). Proporciona la energía y los nutrientes necesarios para cubrir las necesidades energético-proteicas con el fin de mantener el equilibrio entre los mismos. Debe ser *completa* en su composición, incluyendo diariamente todos los nutrientes necesarios - proteínas, carbohidratos, grasa, agua, minerales y vitaminas – según la Ingesta Diaria Recomendada (IDR), para que no se desarrolle ninguna deficiencia nutricional (1). También debe ser *equilibrada*, o lo que es lo mismo, proporcionar aproximadamente y considerando siempre un plazo de cinco a siete días, la energía (kilocalorías) necesaria con el siguiente reparto: un 15% de toda la energía diaria procederá de las proteínas, un 30 – 35% de esa energía tendrá su origen en las grasas y un 50 – 55 % a partir de los carbohidratos. Y finalmente, una alimentación saludable debe ser *variada*, lo que significa que hay que tomar una amplia variedad de alimentos siguiendo un principio básico que es la moderación, ya que no se trata de ingerir mucha comida porque lo importante no es la cantidad, sino la variedad. Es decir, la cantidad de alimentos será suficiente para mantener el peso dentro de los rangos de normalidad y permitir un óptimo crecimiento y desarrollo en niños y otras situaciones anabólicas, como la gestación y la lactancia. En consecuencia, no hay alimentos “buenos” y “malos”, sino que todos son aceptables si se toman con moderación.

La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3) con respecto a la dieta, realiza una serie de recomendaciones dirigidas tanto a la población en general, como a las personas individualmente (Cuadro 1).

Así pues, una alimentación saludable es la que contiene todo tipo de alimentos en la proporción correcta, incluyendo dulces, grasas y alimentos salados sólo en cantidades moderadas, y proporciona también la combinación correcta de energía y nutrientes (cuadro 2).

Cuadro 1. Recomendaciones sobre alimentación saludable (OMS)

Lograr un equilibrio energético y un peso normal
Limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans.
Aumentar el consumo de frutas y hortalizas. Así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos.
Limitar la ingesta de sodio de cualquier procedencia, y consumir sal yodada.
Limitar la ingesta de azúcares libres.

Tomado de la OMS, 2004 (3)

Cuadro 2. Bases de la alimentación saludable.

1. El valor calórico diario adecuado al gasto energético del individuo, sin excesos ni carencias. Debe ayudar a mantener el peso dentro de los rangos de normalidad.
2. El contenido glucídico y lipídico necesario para la función energética. Los hidratos de carbono, substrato indispensable para algunos órganos, deben proceder en su mayoría de almidones o féculas y sólo una pequeña cantidad de los azúcares. Los alimentos que los contienen, cereales y derivados, constituyen la base de la alimentación y proporcionan suficiente cantidad de fibra.
3. Los lípidos, además de gran contenido energético, aportan ácidos grasos esenciales y son vehículo de vitaminas liposolubles. La proporción mayor debe ser de grasa vegetal (ácidos grasos mono y poliinsaturados), frente a la grasa de origen animal (ácidos grasos saturados).
4. La cantidad proteica óptima, para compensar las pérdidas nitrogenadas y posibilitar la síntesis de proteína humana, no siendo inferior a 0'75 g por kilo de peso y día. Se recomienda que la mitad de la ingesta proteica sea de origen animal (de alto valor biológico) que aporta los aminoácidos esenciales, y el resto serán proteínas de origen vegetal.
5. Las vitaminas necesarias. Para conseguirlo, la alimentación debe ser variada, eligiendo alimentos representativos de cada grupo.

6. La cantidad óptima de minerales y un mínimo de 1.500 mL de agua diariamente.

Tomado de Thompson, 2008 (4)

Además, la alimentación saludable sigue unos principios, que aseguran con su cumplimiento, que se obtienen los nutrientes necesarios para cubrir todas las necesidades nutricionales, alcanzar una buena salud a largo plazo así como una calidad de vida satisfactoria (4).

El paradigma de “Alimentación Saludable” está representado por la Dieta Mediterránea (DM) (5), consumida tradicionalmente en nuestro país y que es referente de alimentación variada, equilibrada y moderada, y por lo tanto, un modelo alimentario saludable que múltiples estudios relacionan con bajas tasas de enfermedad crónica y alta esperanza de vida entre las poblaciones que la consumen. La acción protectora de la DM se asocia con el óptimo balance entre los diferentes alimentos y componentes dietéticos, puesto de manifiesto por un patrón alimentario bajo en proteínas de origen animal, en ácidos grasos saturados, en ácidos grasos trans y en colesterol (resultado de un consumo reducido de carnes rojas y derivados, y de productos lácteos desnatados); la mitad o más de la grasa total la constituye los ácidos grasos monoinsaturados (AGM) presentes en el aceite de oliva utilizado como principal grasa culinaria; hay una presencia estimable de ácidos grasos poliinsaturados (AGP) de la serie n-3 procedentes del pescado y marisco. Así como por la abundancia de alimentos vegetales (verduras, hortalizas, frutas frescas, legumbres, cereales y frutos secos) es alta en carbohidratos complejos, fibra alimentaria, esteroides vegetales y compuestos antioxidantes (vitaminas E y C, carotenos y polifenoles) y, asimismo, el consumo moderado de vino se asocia a unas niveles más altos de colesterol HDL, que los que se observan en personas abstemias.

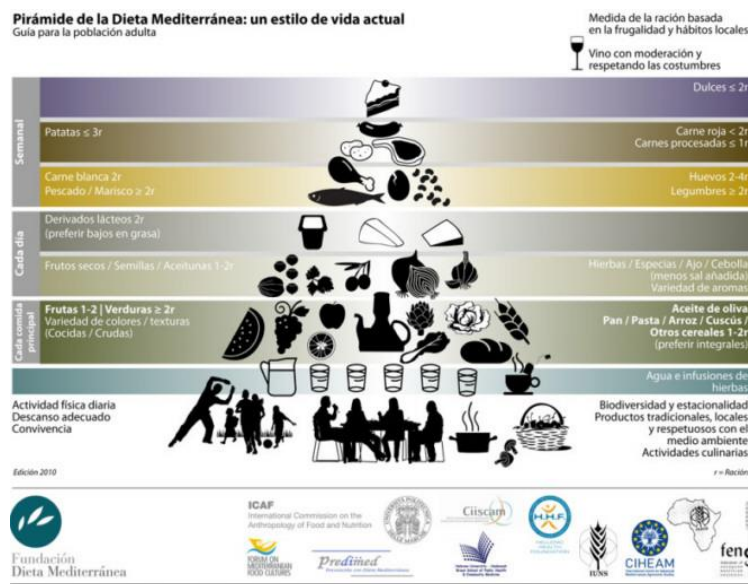
Estudios epidemiológicos han demostrado que el grado de adherencia a la dieta mediterránea se asocia de modo consistente a menores tasas de enfermedad cardiovascular y a una menor mortalidad por cualquier causa (6). En el reciente macroestudio español sobre Prevención de la Dieta Mediterránea (PREDIMED) (7) se revela que una alimentación basada en pescado, fruta, verdura, trigo y lácteos desnatados, y suplementada con aceite de oliva virgen extra y frutos secos (nueces,

avellanas y almendras) disminuye entre un 40 y un 50 % los factores de riesgo cardiovascular ya a los 3 meses de seguimiento.

Por otro lado, un hecho destacable de la Dieta Mediterránea es que no es solamente una forma de alimentarse, sino que forma parte de una tradición histórica y cultural, y un estilo de vida tal y como indica el término griego original: “*diaita*”, con algunas características comunes a muchos países del entorno. Entre estos factores no dietéticos se podría incluir la suavidad del clima y la siesta, la priorización de los alimentos frescos, locales y estacionales, sentarse a la mesa en compañía, conversar, así como el papel socializador de las comidas y toda una manera de vivir que forma parte de la herencia cultural de los países mediterráneos (8).

La dieta mediterránea tradicional se ha popularizado mediante la representación de la Pirámide Mediterránea como un modelo a seguir –adaptado a la disponibilidad de alimentos en cada circunstancia– para todas aquellas personas que deseen mejorar su alimentación e incluso para muchas de las que ahora viven en el entorno mediterráneo y que, aunque siguen manteniendo muchas características saludables de este modelo de alimentación, han cambiado desfavorablemente sus hábitos alimentarios en los últimos años (9). La pirámide representa gráficamente los grupos de alimentos según el consumo deseable (diario, semanal o con menos frecuencias) y al mismo tiempo muestra también otros componentes del estilo de vida mediterráneo (Figura 1).

Figura 1. Pirámide de la Dieta Mediterránea.



Fundación Dieta Mediterránea, 2010.

La nutrición es uno de los muchos factores que contribuyen al bienestar de las personas. Desempeña un papel importante en el desarrollo de muchas enfermedades, que puede variar desde una influencia leve (osteoporosis, osteoartritis), a una fuerte asociación (diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardíaca, HTA, obesidad), e incluso, ser causa directa de enfermedad (anemia por carencia de hierro). La composición exacta de una alimentación saludable, equilibrada y variada depende de las necesidades de cada persona (edad, sexo, hábitos de vida, ejercicio físico), del contexto cultural, de los alimentos disponibles localmente y de los hábitos alimentarios. No obstante, los principios básicos de la alimentación saludable son siempre los mismos y se resumen en el cuadro 3 (4).

Cuadro 3. Principios de la alimentación saludable.

La dieta debe ser variada y con un aporte calórico adecuado (ajustado a las necesidades según edad, sexo, peso, talla, actividad física).

Fomentar el consumo de frutas y verduras, cereales y pan integral, productos lácteos desnatados, y pescado, pollo y carnes poco grasas.

Consumir más raciones de pescado que de carne y esta debe ser magra.

Utilización de aceite de oliva (ácidos grasos monoinsaturados) como principal grasa culinaria.

Consumir grasas poliinsaturadas (Ω 3 y Ω 6) presente en los pescados azules y aceites de semillas (girasol, soja).

Reducción de la ingestión de carne roja, de dulces y de bollería industrial a alguna vez al mes.

Elaboración propia

En otro orden de cosas, la relación de la alimentación con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se pone de manifiesto porque la alimentación sana, conjuntamente con otros hábitos saludables como la práctica regular de actividad física, es fuente de salud y juega un papel de reconocida relevancia en la prevención de numerosas enfermedades. Paralelamente, la alimentación incorrecta y desequilibrada, junto con la falta de actividad física constituye un claro factor de riesgo para la salud (1). Los hábitos dietéticos de las sociedades culturalmente desarrolladas, entre las que nos encontramos, han evolucionado desde la dieta mediterránea tradicional hacia patrones alimentarios propios de las sociedades anglosajonas (García, 2006). En este sentido, y según el informe del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (actual MAGRAMA) sobre la Valoración de la Dieta Española de acuerdo al panel de consumo alimentario (10, 11), el modelo español se aleja cada vez más de la dieta mediterránea, poniéndose de manifiesto un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos como las carne grasa y embutidos, con el consiguiente aumento de la grasa de origen animal, frente al bajo consumo de cereales y derivados, verduras, hortalizas y legumbres. El resultado de estos cambios se potencia con los nuevos estilos de vida, que han normalizado el comer fuera del hogar y que exigen una preparación rápida de las comidas, abusando de alimentos precocinados y bollería industrial, con exceso de conservantes, de sodio y de grasas saturadas. En este sentido, se observa que la dieta de los españoles se ha modificado notablemente en los últimos 40 años, alejándose en parte del modelo tradicional de la Dieta Mediterránea (12, 13).

Dicho alejamiento asociado a la disminución del gasto energético que conlleva un modo de vida sedentario como resultado del uso frecuente del transporte motorizado, aparatos que ahorran trabajo en el hogar, disminución gradual de las tareas manuales físicamente exigentes en el trabajo, y dedicación preferente del tiempo de ocio a pasatiempos que no exigen esfuerzo físico, se ha relacionado con una mayor morbilidad por enfermedad cardiovascular y un mayor riesgo de padecer diabetes tipo 2, obesidad, determinados tipos de cáncer, así como un buen número de trastornos y enfermedades (tabla 1), algunos de ellos de verdadera trascendencia individual y con importante repercusión socio-sanitaria, responsables de un gran número de casos de discapacidad y muerte prematura en los países tanto en desarrollo como industrializados (14). Así, y

según datos del Instituto Nacional de Estadística 2011-2012, el 41,33 % de la población mayor de 18 años, se declara sedentaria (15).

Cabe señalar que, aunque la dieta no es el único factor de riesgo, sí que es cierto que el consumo elevado de grasa saturada juega un papel relevante en el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles (16). La grasa es un nutriente necesario que aporta energía al organismo, estableciéndose la ingesta según países, entorno al 30-35% de la energía total (ET) ya que, a pesar de los riesgos asociados que tiene, los datos disponibles hasta el momento contemplan la importancia de considerar más la calidad que la cantidad de la grasa alimentaria ingerida. En nuestro país, dicha grasa procede fundamentalmente del aceite de oliva que se considera una grasa protectora, frente a la grasa saturada que eleva el colesterol sanguíneo y promueve la aterosclerosis y los subsiguientes episodios isquémicos. Así, las dietas altas en grasa total son inocuas y pueden ser beneficiosas para la salud siempre que la mayor parte de esta sea monoinsaturada.

Tabla 1. Estimación de carga de enfermedad atribuible a la alimentación no saludable por grupos de enfermedades no atribuibles para España.

Enfermedad crónica	Fracción atribuible (% (AVADs))		
Enfermedad cardiovascular	57%	IAM	81%
		ACV	53%
Cáncer	12%	Mama	1%
		Colon	38%
		Pulmón	14%
Diabetes	32%		
Enfermedad renal crónica	13%		

Tomado de Lim, 2012 (14)

En este sentido, el estudio PREDIMED (7), evaluó los efectos de dos dietas mediterráneas altas en grasa enriquecidas una, con aceite de oliva virgen y otra con frutos secos, frente a consejo dietético para reducir todo tipo de grasa. Quedó demostrada una reducción significativa del 30% de enfermedad cardiovascular con las dos variantes de DM tras 5 años de intervención, aportando una evidencia científica de primer nivel sobre el beneficio de una dieta alta en grasa saludable (rica en AGM y AGP). Asimismo, el PREDIMED ha aportado también evidencias de un efecto beneficioso de la DM enriquecida en grasa saludable sobre múltiples variables de riesgo cardiovascular, incluyendo la diabetes. De ahí que la sustitución de ácidos grasos saturados (AGS) por ácidos grasos monoinsaturados (AGMI) se encuentra asociada a una reducción importante (30%) del riesgo cardiovascular, tres veces más que la asociación encontrada a reemplazarlos por hidratos de carbono.

Además, la estimación de la carga de enfermedad atribuible a errores alimentarios se ve reflejada a través de diversos estudios que demuestran el desarrollo de cardiopatía isquémica relacionado con varios factores de riesgo. A saber, hipertensión arterial (valores iguales o mayores a 140/90 mm Hg); dislipemia (cifras de colesterol mayor o igual a 200 mg/dl); obesidad (IMC mayor o igual a 30kg/m²) y diabetes. Todos ellos, con una gran relación con la alimentación (16).

En efecto, existe evidencia de que es posible la reducción de la incidencia de enfermedad coronaria a través de la dieta, además de una correlación positiva entre estilo de vida y factores dietéticos con los lípidos en sangre, presión arterial y riesgo de enfermedad cardíaca coronaria (17).

También, dos de cada tres personas con Diabetes tipo 2 (DM2) tienen un IMC > 27 kg/m², siendo la ganancia de peso, incluso en niveles de IMC normales, un factor de riesgo para la aparición de diabetes en el adulto (18).

En relación al cáncer, aunque se necesitan más y mejores estudios epidemiológicos que muestren ciertas asociaciones, existe evidencia de que el exceso de peso corporal incrementa el riesgo de cáncer de endometrio, de colon y recto, de riñón, de esófago, y de mama en la mujer posmenopáusica (19). No obstante, en la actualidad se dispone de una base suficiente para promover una alimentación más saludable y desarrollar actividades preventivas para mejorar la nutrición de la población española y reducir el

riesgo de cáncer, ya que existen pruebas que demuestran que las dietas ricas en frutas y verduras protegen frente a los cánceres de la cavidad oral y de la faringe y laringe, así como del esófago, estómago, colon y recto, de pulmón, páncreas, mama y vejiga (20).

Igualmente ocurre con la obesidad. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en España en mayores de 18 años se sitúa, según datos del Instituto Nacional de Estadística 2011-2012 (15), en un 63% en hombres y un 44% en mujeres. El porcentaje de población infantil con obesidad (de 2 a 17 años) para ambos sexos es del 27,8%.

Asimismo, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) ha realizado un estudio en 2009 (21), en colaboración con la Universidad Complutense de Madrid, sobre el uso de sal en nuestro país que muestra un consumo de 9,7 gramos diarios de sal, el doble de lo que recomienda la OMS. Una reducción del 50% de la ingesta de sal diaria evitaría al año 30.000 eventos cardíacos y 20.000 accidentes cerebrovasculares.

Epidemiológicamente, la carga de enfermedades crónicas está aumentando exponencialmente en todo el mundo. En 2001, causaron aproximadamente un 60% del total de defunciones notificadas y un 46% de la carga mundial de morbilidad (22), y se prevé que alcance el 57% para 2020, en el que representarán casi las tres cuartas partes del total de defunciones. De estas, el 71% secundaria a cardiopatía isquémica, el 75% por accidentes cerebrovasculares y el 70% por diabetes, ocurrirán en los países en desarrollo (23). Es más, casi la mitad del total de muertes por enfermedades crónicas son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares; la obesidad y la diabetes también muestran tendencias preocupantes, no sólo porque afectan a una gran parte de la población sino también porque han comenzado a aparecer en etapas más tempranas de la vida. El número de personas con diabetes en el mundo pasará de 366 millones en 2011 a 592 millones en 2035 (24) A nivel mundial, el 60% de la carga de enfermedades crónicas corresponderá a los países en desarrollo. De hecho, en el momento actual, las enfermedades cardiovasculares son más numerosas en la India y China que en el conjunto de todos los países económicamente desarrollados (25). En cuanto al sobrepeso y la obesidad, no sólo la prevalencia actual ha alcanzado niveles sin precedentes, sino que la tasa de aumento anual es sustancial en la mayoría de las

regiones en desarrollo (26). Las implicaciones de este fenómeno para la salud pública son tremendas y ya están resultando evidentes.

En consecuencia, las recomendaciones de las sociedades científicas se centran en reducir el tamaño de las raciones y los consumos de grasa saturada, azúcares refinados y sal, fomentando el consumo de alimentos frescos y evitando en todo lo posible los procesados y las bebidas azucaradas. En general, las recomendaciones para la población española (27) sugieren no superar al 30-35% del ingreso energético total a partir de la grasa (tabla 4), con un reparto del 15 – 20% a partir de la grasa monoinsaturada, a costa de la reducción a un 5% de las poliinsaturadas y a menos de un 7-8% de la saturada. Así como, se aconseja reducir el consumo de colesterol hasta 300 mg/día.

Tabla 4. Objetivos nutricionales en relación a la grasa dietética para la población española 2011

Nutrientes	Objetivos nutricionales intermedios
Grasa total	30-35%
AG Saturados	< 10%
AG Monoinsaturados	20%
AG Poliinsaturados	4%
N6	2%
N3	1-2%
Colesterol	< 300 mg/día

SENC, 2011(27)

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

A día de hoy, nadie duda de que "comer sano" o "alimentarse bien" sea clave para mantener la salud. Según la OMS, de los diez riesgos que más perjudican a la salud, seis están relacionados de forma directa con la alimentación y causan el 40% de los fallecimientos. Asimismo, no cesa de crecer la evidencia científica en apoyo al criterio de que el tipo de alimentación tiene una gran influencia, tanto positiva como negativa, en la salud y en la calidad de vida. Y lo que es más importante, los ajustes alimentarios no sólo influyen en la salud del momento sino que pueden determinar que un individuo padezca o no enfermedades tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares y/o diabetes en etapas posteriores.

Ante estos datos, parece obvio que comer bien es la base para estar sanos. Sin embargo, como ya se ha dicho anteriormente, en los últimos años se ha producido un cambio negativo hacia una dieta de alta densidad energética en la que juegan un papel más importante las grasas, la sal y los azúcares añadidos a los alimentos, con una mayor ingesta de grasas saturadas (en su mayoría de procedencia animal) y una reducción de la ingesta de hidratos de carbono complejos y de fibra, así como de frutas y verduras (28)

Estudios realizados en Estados Unidos (EEUU) (29,30), muestran que el 74% de la población necesita cambios en su alimentación según el HEI. Este indicador agrupa a la población en tres categorías (1. Saludable, 2. Necesita cambios y 3. Poco saludable), teniendo en cuenta las recomendaciones dietéticas y nutricionales establecidas para la población norteamericana (30). De forma similar Bowman y colaboradores (29), muestran que solo el 17% de la población consume diariamente las raciones de frutas recomendadas y el 31% cumple las recomendaciones en raciones para los grupos de cereales y verduras. Entre el 60 y el 75% de la población no cumple los objetivos nutricionales de grasa total y grasa saturada. En general, la mayoría de la población puede mejorar en todos los aspectos de su dieta.

Asimismo, los factores socioeconómicos siguen siendo un factor determinante en los hábitos alimentarios, como muestran diversos estudios (31). Así, las clases sociales con mayores ingresos y los grupos de población con un nivel de estudios altos, tienen una alimentación más saludable (32). Hallando también similitudes en la estratificación por edad y sexo, donde son las mujeres y los grupos de población de mayor edad son los que presentan una alimentación más saludable (32,33)

Esta situación se observa también en la dieta española, que ha ido abandonando las líneas maestras de la alimentación mediterránea, asemejándose poco a poco a la dieta anglosajona o centroeuropea, en la que se consume cada vez más grasa y proteínas en detrimento de los carbohidratos. Esto significa que un español ingiere hoy prácticamente el doble de las proteínas que necesita. Dado que la proteína que “más gusta” es la de origen animal, forzosamente esto conlleva un aumento en el consumo de grasa saturada. Lo más preocupante es que, a la vez, el consumo de pescado (sobre todo el azul) y de legumbres secas y pan ha ido disminuyendo. La consecuencia, es un profundo desequilibrio en la dieta de muchas personas que se acaba traduciendo en términos de salud y calidad de vida.

Desde hace muchos años se sabe que la dieta tiene una importancia crucial como factor de riesgo de enfermedades crónicas. Es evidente que desde mediados del siglo XX el mundo ha experimentado grandes cambios que han repercutido enormemente en el régimen alimentario, primero en las regiones industriales y, más recientemente, en los países en desarrollo. Además de los cambios mencionados, hay que añadir la inactividad física, ahora reconocida también como un determinante cada vez más importante de la salud, resultado de un cambio progresivo hacia modos de vida más sedentarios, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados (35)

En definitiva. Por un lado, la nutrición está en un primer plano como herramienta para promover y mantener la salud a lo largo de la vida, al ser un determinante importante de enfermedades crónicas no transmisibles que puede ser modificado. Y por otro, la población está cada vez más sensibilizada frente a la necesidad y el deseo de mantener la salud. Esto hace a los consumidores extraordinariamente receptivos a todos los mensajes relacionados con la alimentación pero también, mucho más vulnerables. Aunque vivimos en un momento y en una sociedad privilegiada por la gran abundancia de alimentos disponibles, paradójicamente nos encontramos también con el problema de la elección de la dieta más adecuada. La habilidad para elegir una dieta equilibrada es algo que ha de aprenderse, sobre todo en el momento actual, en que las recomendaciones alimentarias son numerosas y a veces, contradictorias y poco claras. Por ello debe fomentarse, a nivel institucional y a través de la educación comunitaria, el

consejo en alimentación de manera programada en sesiones pero teniendo presente que, en un entorno cada vez más multicultural, hay que tener en cuenta que, la DM no es el único patrón saludable a considerar, y que el objetivo es aproximar los hábitos personales hacia opciones saludables (2). En este contexto, son las enfermeras de Atención Primaria los profesionales de referencia responsables de transmitir las normas generales a tener en cuenta para diseñar, preparar y consumir una alimentación saludable.

Por todo ello, es necesario establecer y difundir claramente las características generales de una alimentación saludable. Pero cabe preguntarse si todos los ciudadanos entienden lo mismo al hablar de alimentación saludable (9). Ante la dificultad de la respuesta, nos surge el interrogante de por qué la población, a pesar de estar informada acerca de los beneficios de la dieta mediterránea, tiene dificultades para la incorporación y /o mantenimiento de la misma en su estilo de vida.

OBJETIVOS

General: Determinar el grado de conocimiento que tiene la población de la dieta mediterránea así como, de su relación con la salud.

Específicos: Analizar las creencias y mitos sobre la alimentación en general.

Identificar los hábitos alimentarios y las dificultades que manifiestan en seguir la DM.

Recoger propuestas encaminadas a corregir los hábitos alimentarios no saludables.

MÉTODO

Tipo de estudio. Descriptivo transversal en el que se va a utilizar un método de triangulación.

Ámbito de estudio.

Se ha elegido para el estudio el Centro de Atención Primaria “ La Chopera” de Alcobendas, ubicado en la zona norte de la Comunidad Autónoma de Madrid. Se trata de una zona urbana que cuenta con una población de 112.188 habitantes.

Población de estudio.

La población diana son los pacientes asignados a dichos centros de salud, que acuden a la consulta de enfermería y que cumpliendo los criterios de selección, acceden a participar de forma voluntaria y anónima.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Pacientes y acompañantes que acuden a la consulta de enfermería.	Pacientes con deficiencias psíquicas que les impedía responder el cuestionario.
Edad comprendida entre los 18-65 años.	Edad inferior a 18 años y superior a 65.
Acceder de forma voluntaria.	Rechazar la participación en el estudio.
Estar asignado al Centro de Salud seleccionado.	No pertenecer al Centro de Salud seleccionado.
No tener prescrita una dieta terapéutica	Tener tratamiento dietético

Captación de la muestra.

Los sujetos serán reclutados a partir de los listados de cita diaria. La propuesta de participación la hará la enfermera de la consulta cuando acuda el paciente.

Tipo de muestreo y selección de la muestra.

Se llevará a cabo un muestreo no probabilístico de conveniencia, ya que se trata de

captar sujetos que cumplan unas características delimitadas con anterioridad.

Para el cálculo del tamaño muestral se ha utilizado la fórmula de comparación de proporciones, con una potencia estadística del 95%, con un nivel de significación de un 5% y teniendo en cuenta un porcentaje de pérdidas esperado de un 20%.

El tamaño de la muestra estimado es de 475 usuarios.

Variables del estudio:

Variable dependiente: Cumplimiento de la dieta mediterránea por parte de la población.

Variables independientes.

Se han considerado las variables demográficas sexo y edad, así como factores descriptivos de la persona, nivel de estudios, ocupación y estado de salud.

1. Sexo:

☐ Mujer ☐ Hombre

2. Edad:

☐ 18 – 24 años

☐ 25 – 44 años

☐ 45 – 64 años

3. Ocupación:

☐ Estudiante:

☐ Trabajador por cuenta ajena

☐ Autónomo

☐ En paro

☐ Labores domésticas

4. Nivel de estudios:

☐ Sin estudios

☐ Estudios Primarios

☐ Estudios Secundarios

☐ Estudios Universitarios

5. Otros problemas de salud:

Herramientas y técnicas de estudio

Se trata de un estudio mixto de triangulación, en el que se realiza una investigación cuantitativa de diseño descriptivo transversal, a partir de un cuestionario como herramienta fundamental de recogida de datos (anexo 1). Este estudio se complementa con una técnica cualitativa a partir de una entrevista semiestructurada (anexo 2) seguida de un debate en grupos de discusión.

Trabajo de campo

El cuestionario seleccionado ha sido el *Test de Adhesión a la Dieta Mediterránea Kidmed* (36). Se trata de una herramienta sencilla, validada y utilizada en el estudio nacional “enKID“, y cuenta con resultados de distintas comunidades autónomas españolas (37). Consta de dieciséis preguntas cerradas que deben responderse de manera afirmativa/negativa (si/no). Las respuestas afirmativas en las preguntas que representan un aspecto positivo en relación con la dieta mediterránea (son 12) suman 1 punto, y las respuestas afirmativas en las preguntas que representan una connotación negativa en relación con la dieta mediterránea (son 4) restan 1 punto. Por tanto, dicho índice puede oscilar entre 0 (mínima adherencia) y 12 (máxima adherencia). La puntuación total obtenida da lugar al índice Kidmed, que se clasifica en tres categorías:

- a) De 8 a 12: Dieta Mediterránea óptima (adherencia alta).
- b) De 4 a 7: necesidad de mejora en el patrón alimentario para adecuarlo al modelo mediterráneo (adherencia media).
- c) De 0 a 3: dieta de muy baja calidad (adherencia baja).

Este cuestionario se pasará en la consulta de enfermería donde son captados los participantes en presencia del investigador. La información obtenida se complementará con una entrevista semiestructurada relacionada con el objetivo general y los específicos del proyecto, que irá seguida de un debate con grupos de discusión. Dicha entrevista se realizará en la consulta de las enfermeras participantes, y se prevé una duración de 15 minutos para el cuestionario y la entrevista. Una vez seleccionados los grupos de discusión en base a los datos obtenidos en la entrevista, se comunicará a los participantes por vía telefónica el día en que tendrá lugar su grupo de discusión, ya que estos dependen de las características sociodemográficas de la muestra. El debate lo

dirigen dos enfermeras, una de las cuales actúa de observadora para anotar, en base a un conjunto de preguntas abiertas, todos aquellos datos que permitan relacionar el incumplimiento de la DM con las razones que lo sustentan y así tratar de dar respuesta a los objetivos del estudio.

Análisis de la información

Se realizará una base de datos que permita efectuar un análisis descriptivo y bivalente relacionado con las variables del estudio, utilizando contraste de medias entre grupos para analizar las diferencias en el índice KidMED. Asimismo se realizará un análisis del contenido de la entrevista y de la información obtenida en los grupos de discusión.

El procesamiento y análisis estadístico de los datos se llevará a cabo con el paquete estadístico SPSS vs.15, utilizando índices de estadística descriptiva.

ASPECTOS ÉTICOS

Según la ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter personal, junto con el Real Decreto 994/1999 de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, se informará a los participantes para obtener su consentimiento y se les comunicará individualmente sobre el propósito del estudio y su desarrollo.

CRONOGRAMA

FASES	2016			2017
	Septiembre	Octubre / Diciembre		Enero
Diseño y preparación de documentación				
Captación de pacientes y recogida de información				
Análisis de resultados				

CONSIDERACIONES FINALES

La alimentación saludable tiene una gran influencia sobre la salud y desempeña un importante papel en la prevención de enfermedades no transmisibles (ENTs), como las cardiovasculares, la diabetes tipo 2 o determinados tipos de cáncer. Sin embargo y a pesar de los conocimientos que tiene la población sobre estas cualidades, cada vez existe una menor adherencia a dicha dieta. Por ello, es importante determinar el patrón de alimentación que sigue la población general, para detectar las deficiencias y dificultades que impiden el seguimiento de una alimentación sana.

La Atención Primaria (AP) es el nivel asistencial más accesible, al que llega la mayoría de la población: prácticamente el 95% de las personas acuden en alguna ocasión a su centro de salud en un periodo de 5 años.

Las intervenciones educativas en este nivel asistencial están dirigidas a la persona, la familia y la comunidad, en coordinación con otros niveles y sectores implicados tales como los dispositivos sociales y educativos, y especialmente orientadas a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. Están recogidas en el anexo II del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Dichas intervenciones llevadas a cabo por enfermeras/os, tienen como objetivo ayudar al paciente a mantener y/o modificar sus hábitos y estilo de vida hacia conductas saludables, reforzar conductas deseadas e intentar modificar las inapropiadas.

Como dificultades y limitaciones de este estudio podemos mencionar problemas en la captación de pacientes de todos los estratos de edad y situación social, y la obtención de participantes suficientes como para obtener una muestra representativa, en un periodo de tiempo razonable.

Este proyecto puede tener aplicabilidad en todos los centros de salud de la región con el mismo objetivo y en consonancia con el consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta, dentro de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de enero de 2015

Finalmente, las recomendaciones emitidas por diferentes organismos nacionales e

internacionales, se apoyan en los hábitos alimentarios saludables como medida de promoción de la salud y de prevención de enfermedad. Hay que subrayar los efectos de la Dieta Mediterránea en la prevención primaria de las enfermedades crónicas y en este sentido se considera primordial la información veraz y justificada a la población sobre las características de dicho patrón alimentario. En consonancia, este proyecto puede dar cobertura a la demanda de formación de los usuarios del SNS en relación con los conocimientos sobre la dieta mediterránea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dapcich V, Salvador G, Ribas L, Pérez C, Aranceta J y Serra L. Consejos para una Alimentación Saludable. Madrid: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). 2006.
http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/guia_alimentacion.pdf.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS) Madrid. 2015
3. Resolución WHA57.17 Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud, 2004.
<http://www.who.int/dietphysicalactivity>
4. Thompson J L, Manore MM, Vaughan LA. Nutrición. Madrid: Pearson Educación S.A. 2008.
5. Bach-Faig A, Serra-Majem L. Dieta Mediterránea en el siglo XXI: posibilidades y oportunidades. En: Varela Moreiras G (coord). Libro Blanco de la Nutrición en España. Madrid: Fundación Española de la Nutrición; 2013. P 221-231.
6. Serra Mir M, Pérez Heras A, Ros Rahola E. Avances en dieta mediterránea y salud. Hospital Clinic, Barcelona, CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Instituto de salud Carlos III.
7. Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvado J, Ruiz-Gutierrez V, Covas MI et al. PREDIMED Study Investigators. Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial. Ann. Intern. Med. 2006; 45, 1-11.
8. Fundación Dieta Mediterránea (sede web). ¿Qué es la Dieta Mediterránea? Obtenido de <http://fdmed.org/dieta-mediterranea/que-es-la-dieta-mediterranea>
9. Carbajal A, Ortega R. La dieta mediterránea como modelo de dieta prudente y saludable. Rev Chil Nutr 2001; 28/2; 224-236
10. Del Pozo S, G. V.-M. (2012). Valoración Nutricional de la Dieta Española de acuerdo al Panel de Consumo. Madrid: Fundación Española de la Nutrición (FEN).

11. Panel de consumo alimentario del Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. Disponible en: <http://www.magrama.gob.es/es/prensa/noticias/el-consumo-alimentario-en-los-hogares-espanoles-crece-un-5,9-en-el-mes-de-julio-de-2013/tcm7296061-16>.
12. León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, López-García E, Mesas AE, Aguilera MT, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Adherence to the Mediterranean diet pattern has declined in Spanish adults. *J Nutr.* 2012 Oct; 142(10):1843-50
13. Varela-Moreiras G, Aranceta J. Evaluation of food consumption and dietary patterns in Spain by the Food Consumption Survey: updated information. *Eur J Clin Nutr*;2010;64, S37-S43.
14. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et all. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*;2012; 380: 2224-60
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Instituto Nacional de Estadística (INE). Determinantes de salud. Valores porcentuales y medias. ENSE 2011/12. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf>
16. Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD). Consenso sobre las grasas y el aceite en la alimentación de la población española adulta. Madrid: FESNAD; 2015
17. Retelny VS, Neuendorf A, Roth L. Nutrition protocols for the prevention of cardiovascular disease. *Nutr Clin Pract*; 2008; 23 (5), 468-76.
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Estrategia en Diabetes del SNS. Madrid. 2012
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Estrategia del cáncer del SNS. 2006. Madrid.
20. He FJ, Nowson CA, Lucas M, MacGregor GA. Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: meta-analysis of cohort studies. *J Hum Hypertens*; 2007;21, 717-28.

21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Departamento de Nutrición (UCM). Madrid III Convención NAOS. La importancia para la salud pública de reducir el consumo de sal en la población. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/24_-III_Convencion_NAOS_-_Rosa_Ortega.pdf
22. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra 22. Organización Mundial de la Salud. 2002. Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1
23. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 1998. La vida en el siglo XXI. Una perspectiva para todos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (documento inédito WHO/WHR/98.1) Disponible en: http://www.who.int/whr/1998/media_centre/en/whr98_50facts_es.pdf?ua=1
24. Federación Internacional de la Diabetes (IDF). Diabetes Atlas, 6ª ed Bruselas, Belgium: International Diabetes Federation, 2013. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas>
25. Organización Mundial de la Salud. Régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra, 2002 . Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf?ua=1
26. Varela-Moreiras G, Alguacil LF, Alonso E, Aranceta J, Avila JM, Aznar S et al. Consensus Document and Conclusions. Obesity and Sedentarism in the 21st Century: What can be done and what must be done? Nutr Hosp [Internet]. 2013 28(5): Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24010739>
27. Aranceta J, Serra L. Objetivos nutricionales para la población española. Rev Esp Nutr Comunitaria 2011;17(4): 178-199.
28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. (En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS). Madrid, 2013.
29. Bowman SA, Lino M, Gerrior SA, Basiotis PP. The Healthy Eating Index: 1994-96. US Department of Agriculture, Center for Nutrition Policy and Promotion 1998; CNPP-5.

30. Nicklas T. Assessing diet quality in Children and adolescent. J AM Diet Assos 2004; 104: 1383-1384.
31. Guo X, Warden BA, Paeratakul S, Bray GA. Healthy Eating Index and obesity. Eur J Clin Nutr 2004; 58: 1580-1586.
32. Gutiérrez-Fisac JL, Royo-Bordonada M, Rodríguez-Artelejo M. Riesgos asociados a la dieta occidental y al sedentarismo: la epidemia de obesidad. Gac Sanit 2006; 20: 48-54.
33. García-Álvarez A, Serra-Majem L, Ribas-Barba L, Castella C, Foz M, Uauy R, et al. Obesity and overweight trends in Catalonia, Spain (1992–2003): gender and socio-economic determinants. Public Health Nutr 2007; 10 (11A): 1368-1378.
34. Norte Navarro A. I., Ortiz Moncada R.. Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2016 Ene 17]; 26(2): 330-336. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200014&lng=es.
35. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos 916. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Ginebra 2003. Disponible en:
http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf
36. Serra-Majem L, Ribas L. Ortega RM, García A, Pérez Roldrigo C, et all. Food, Youth and the Mediterranean diet in Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. Public Health Nutrition 2004; 7:931-5.
37. Rodríguez Cabrero M, García Aparicio, Salinero JJ, Pérez González B, Sánchez Fernández JJ, Gracia R, et all. Calidad de la dieta y su relación con el IMC y el sexo en adolescentes. Nutr. clín. diet. hosp 2012; 32(2): 21-27.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario Kidmed

TEST DE CALIDAD DE LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA		
	Sí	No
Toma una fruta o zumo de frutas todos los días		
Toma una segunda fruta todos los días		
Toma verduras frescas (ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día		
Toma verduras frescas o cocinadas más de una vez al día		
Toma pescado fresco con regularidad (por lo menos 2 o 3 veces a la semana)		
Acude una vez o más a la semana a un centro fast-food (ej. Hamburguesería).		
Le gustan las legumbres		
Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana)		
Desayuna un cereal o derivado (pan, tostadas, etc.)		
Toma frutos secos con regularidad (por lo menos 2 o 3 veces a la semana)		
Utiliza aceite de oliva en casa.		
No desayuna		
Desayuna un lácteo (leche o yogur, etc.)		
Desayuna bollería industrial		
Toma 2 yogures y/o 40g de queso cada día.		
Toma cada día dulces y golosinas		
Le dio a su hijo/a lactancia materna		

- ≤ 3 : Dieta de muy baja calidad
- 4 a 7: Necesidad de mejorar el patrón alimentario.
- ≥ 8 : Dieta mediterránea óptima

Anexo 2. Entrevista semiestructurada.

1. ¿Cuántas comidas realiza al cabo del día?
2. ¿Toma aceite de oliva al día? Sí ☐ No ☐
¿Cuántas cucharadas? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ó más ☐
3. ¿Toma verdura u hortalizas al día? Sí ☐ No ☐
¿Cuántas raciones consume al día? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ó más ☐
4. ¿Consume fruta al día? Sí ☐ No ☐
¿Cuántas raciones al día? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ó más ☐
5. ¿Cuántos litros de agua bebe al día? Menos de 1L ☐ Entre 1L y 2L ☐ Más de 2L ☐
¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas consume al día?
6. ¿Cuántos huevos consume a la semana?
7. ¿Toma legumbres? Sí ☐ No ☐
¿Cuántas raciones consume a la semana? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ó más ☐
8. ¿Toma pescado o marisco? Sí ☐ No ☐
¿Cuántas raciones consume a la semana? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ó más ☐
9. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana?
10. Entre las siguientes carnes, ¿Cuál consume con mayor frecuencia? Pollo ☐ Pavo ☐
Ternera ☐ Cerdo ☐
11. ¿Bebe vino? Sí ☐ No ☐ ¿Cuánto vasos consume a la semana? 1 ☐ 2 ☐
3 ☐ 4 ó más ☐
12. ¿Cuántas veces a la semana come alimentos precocinados, procesados o bollería industrial 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ó más ☐
13. ¿Come pan diariamente? Sí ☐ No ☐

ANEXO 3. Pirámide de la Alimentación Saludable para la población española. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), 2015.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el arma más poderosa que poseemos para mantener la salud es la alimentación. El patrón de dieta mediterránea tradicional se caracteriza por un consumo regular de cereales integrales, legumbres, frutas, hortalizas, aceite de oliva, pescado, frutos secos y productos lácteos semi o descremados; un consumo moderado de alcohol fermentado si no existe contraindicación expresa y, una ingestión ocasional de carnes rojas y derivados, y productos de bollería y pastelería. Todo ello junto con una correcta hidratación y la práctica regular de ejercicio físico como se refleja en la última edición de la Pirámide de la Alimentación Saludable para la Población Española SENC, 2015.



